Année 1973 N°

FACULTE DE MEDECINE - CHU CRETEIL

UNIVERSITE DE PARIS - VAL DE MARNE

THESE

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Christian BIANCHI

NE LE 6 MARS 1947 A VINCENNES

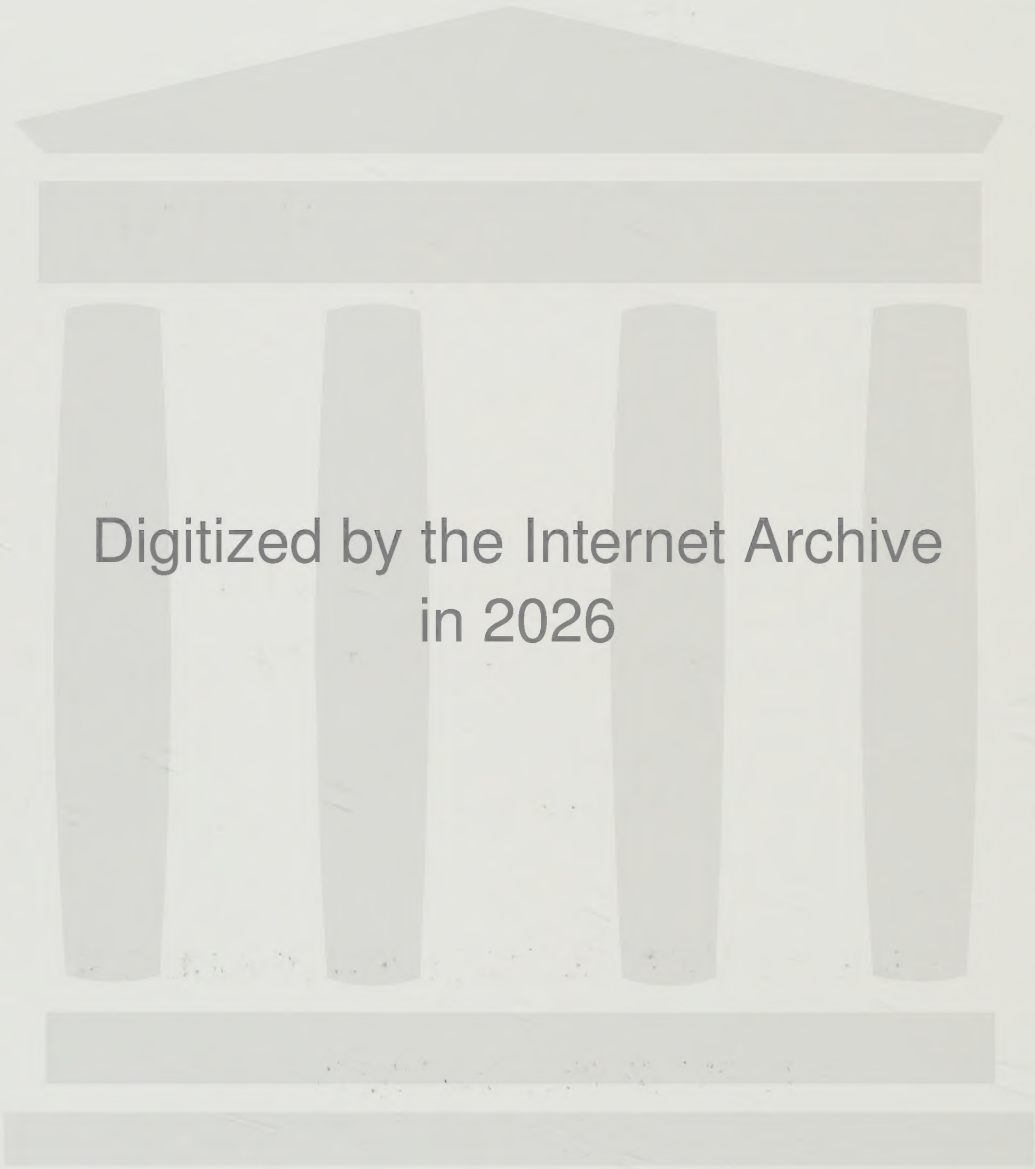
Présentée et soutenue publiquement le 1973

VISAGE MULTIFORME DU CANCER BRONCHO-PULMONAIRE

A PROPOS DE ONZE OBSERVATIONS

PRESIDENT : MONSIEUR G. BROUET, PROFESSEUR.

Editions de l'A.G.E.M.P.
8, Rue Dante - PARIS Ve


Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548019_0026

Année 1973 *N°*

FACULTE DE MEDECINE - CHU CRETEIL

UNIVERSITE DE PARIS - VAL DE MARNE

THESE

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Christian BIANCHI

NE LE 6 MARS 1947 A VINCENNES

Presentée et soutenue publiquement le 1973

VISAGE MULTIFORME DU CANCER BRONCHO-PULMONAIRE

A PROPOS DE ONZE OBSERVATIONS

PRESIDENT : MONSIEUR G. BROUET, PROFESSEUR.

Editions de l'A.G.E.M.P.

8, Rue Dante - PARIS Ve

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

A mes Parents,

A mon Grand Père

En témoignage de ma profonde affection.

A Monsieur le Professeur BROUET

qui m'a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de cette
thèse.

A Monsieur le Docteur RYMER

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris,
Chef de Clinique à la Faculté,
Ancien Médecin Assistant des Hôpitaux de Paris
Chef du Service de Pneumophtisiologie de l'Hôpital de Rambouillet

qui m'a fait découvrir et apprécier la
Pneumologie, dans son service, et à
qui j'exprime ma profonde reconnaissance.

VISAGE MULTIFORME

DU

CANCER BRONCHO-PULMONAIRE

A propos de Onse Observations

INTRODUCTION

Il est devenu banal de dire que le cancer broncho-pulmonaire dont on connaît la haute gravité, est le grand simulateur de la pathologie respiratoire.

S'il est capital de le reconnaître de bonne heure, il est malheureusement souvent difficile de le débusquer car il peut se présenter sous des aspects les plus variés.

Certes, il peut prendre un visage évocateur, mais très souvent, il se dissimule derrière le tableau clinique et radiologique d'une pneumopathie courante.

Qui plus est, il est fréquemment latent et n'est découvert qu'à l'occasion d'un examen systématique annuel ou fortuit.

Il est même possible de soutenir que la radiographie de dépistage est désormais devenue plus "rentable" en matière de cancer, qu'en matière de tuberculose.

C'est dire que l'esprit du clinicien doit toujours être en éveil chez un sujet autour et après la quarantaine (on disait autrefois la cinquantaine) devant une affection pulmonaire banale en apparence.

On sera rigoureux sur le plan des examens complémentaires endoscopiques notamment (bronchoscopie et fibroscopie, dernière venue).

S'il le faut, on n'hésitera pas d'avoir recours à la thoracotomie exploratrice "raisonnablement osée".

Bien entendu, nous sommes conscients de ne rien innover; mais ces réflexions nous ont été inspirées à l'occasion de l'étude d'une série d'observations recueillies dans le service de notre maître le Docteur RYMER.

oOo

- OBSERVATION N° 1 -

Monsieur F..., âgé de 62 ans, chauffeur de taxi, ancien grand fumeur, ayant cependant abandonné le tabac depuis 10 ans, nous est adressé à la suite d'un examen systématique annuel, au cours duquel a été découverte une volumineuse opacité hilaire gauche d'emblée évocatrice.

Cette anomalie radiologique est solitaire. Il n'existe, en effet, aucun signe fonctionnel d'ordre thoracique, aucune atteinte, si minime soit-elle, de l'état général.

On retient des antécédents, l'existence d'une tuberculose pulmonaire en 1937, depuis longtemps éteinte et d'un ulcère du duodénum qui s'est manifesté en 1955, et guéri depuis. Ce malade est hospitalisé en vue d'un bilan complet.

Les tomographies confirment l'importance de l'anomalie radiologique.

La bronchoscopie montre sur l'éperon primaire de la bronche lobaire supérieure, un aspect un peu bosselé sur sa face interne et une sténose des deux orifices segmentaires, par compression extrinséque.

L'histo-diagnostic du prélèvement biopsique est celui d'un épithélioma anaplasique.

Les examens pratiqués à la recherche d'un néoplasme primitif de la sphère digestive ou rénale sont négatifs. Pareillement, il en est de même de la scintigraphie hépatique.

Enfin, l'électrocardiogramme et surtout l'exploration de la fonction ventilatoire sont normaux. La bacilloscopie de l'expectoration est et restera négative.

La numération est normale, la vitesse de sédimentation un peu élevée : 19 à la première heure.

L'aspect histologique de la tumeur inspire la conduite thérapeutique une cobaltothérapie d'une dose totale de 5000 rad tumeur est instaurée.

A la suite du traitement bien supporté d'ailleurs, on voit les signes radiologiques rétrocéder d'une façon notable.

Les bronchoscopies successives confirment la régression lésionnelle aussi bien au niveau de la lobaire supérieure que des autres orifices.

L'état général du malade étant bien conservé la fonction respiratoire demeurant toujours satisfaisante, on décide d'intervenir chirurgicalement malgré le caractère anaplasique de l'épithélioma.

L'opération s'est avérée difficile mais a cependant permis de pratiquer une pneumonectomie.

Les suites opératoires sont relativement simples, le malade quitte l'hôpital dans un état satisfaisant.

Malheureusement, les évènements se précipitent rapidement et le patient décède trois mois après l'intervention et sept mois après le dépistage.

Il s'agit en somme d'un néoplasme parfaitement silencieux, découvert chez un homme de 62 ans, lors d'un examen systématique de routine et apparemment non chirurgical au départ, du fait de sa nature histologique.

- OBSERVATION N° 2 -

Monsieur L... ouvrier d'abattoir, 59 ans, grand fumeur se voit découvrir, à l'occasion d'un examen annuel de routine, une opacité de la corne supérieure du hile gauche.

Le profil la situe très en avant dans le segment ventral du lobe supérieur.

Le malade ne présente aucun signe fonctionnel pulmonaire particulier.

L'auscultation pulmonaire est normale. Le reste de l'examen général est muet.

Les coupes tomographiques visualisent la localisation de l'opacité gauche.

L'image pulmonaire paraissant hautement suspecte, impose la bronchoscopie qui découvre un épaississement de la bronche lobaire supérieure droite et de la lobaire inférieure gauche ainsi qu'une adénopathie; le ganglion est biopsié mais l'histologie ne révèle pas de caractère malin.

La cytologie de l'aspiration bronchique est banale. La scintigraphie au mercure confirme l'image radiologique en montrant une hyperfixation de la région paramédiastinale moyenne gauche.

La numération formule sanguine n'évoque rien mais la vitesse de sédimentation est accélérée dès la première heure.

Par contre, deux expectorations recueillies avant la bronchoscopie ramènent des cellules de classe P3.

L'ensemble de ce tableau clinique constitue un faisceau d'éléments suffisamment évocateurs pour inciter la thoracotomie exploratrice.

Cette intervention chirurgicale qui conduit sur la lésion montre un aspect tumoral du lobe supérieur gauche (masse bien limitée de 3 cm de diamètre située dans le segment ventral) avec d'autre part, des gandlions franchement pathologiques, se solde par une lobectomie supérieure gauche.

L'histologie conclue à un carcinome épidermoïde différencié et mature.

Les suites opératoires sont simples. Le malade reçoit une chimiothérapie pendant deux ans (Velbe - Endoxan) et actuellement a repris son travail.

En somme, il s'agit d'un homme de 59 ans, chez qui le diagnostic de cancer broncho-pulmonaire a été fait à l'occasion d'un dépistage annuel de routine.

oOo

- OBSERVATION N° 3 -

Lors d'un examen pulmonaire pratiqué à la suite d'un accident de voiture, Monsieur L... 44 ans, grand fumeur, se voit découvrir une opacité non homogène occupant la totalité du lobe supérieur droit.

Le cliché de profil localise cette opacité dans tout le lobe supérieur droit.

Les tomographies ne donnent pas d'éléments nouveaux.

La bronchoscopie montre une sténose en entonnoir de la bronche lobaire supérieure consécutive à un volumineux bourgeon distan de 1 cm de la bronche lobaire supérieure.

La biopsie bronchique et l'aspiration ne ramènent pas de cellule histologiquement suspecte.

La scintigraphie à la bléomycine montre un test positif au niveau du sommet pulmonaire droit du médiastin moyen et supérieur homologues et débordant vers la région cervicale.

La numération normale pour les rouges montrait une polynucléose à 10 000 blancs. La vitesse de sédimentation est normale.

L'examen de l'expectoration à la recherche de B.K. est négatif.

L'examen clinique thoracique et général est normal.

Devant tous ces renseignements d'examens complémentaires, une thoracotomie s'impose.

On trouve une masse énorme du lobe supérieur droit, bourgeonnante, fixe, avec une grosse tumeur saillante dans la plèvre, englobant l'oesophage.

Devant cette découverte, aucune exérèse n'est possible.

Dans les suites opératoires, le malade présente un ictère.

La laparotomie découvre un cancer de la tête du pancréas et des métastases hépatiques occupant la quasi totalité du lobe droit et une vésicule tendue, très oedématiée .

Toutes ces lésions interdisent une exérèse quelconque.

L'évolution de la maladie est rapide devant ce tableau aussi sombre.

Monsieur L... décède trois mois après le dépistage.

Au total, il s'agit d'une métastase évoluant à bas bruit, découverte à l'occasion d'un évènement fortuit, sans lequel le diagnostic de toutes façons trop tardif, n'aurait pû être porté.

oOo

- OBSERVATION N° 4 -

Monsieur J... fonctionnaire de Maîrie, âgé de 55 ans grand fumeur en bonne santé jusque-là, se voit découvrir, lors d'un examen annuel systématique, une image radiologique, à type d'opacité plus ou moins arrondie, para-hilaire du lobe supérieur droit, que l'on retrouve sur les tomographies à la coupe 14 cms.

L'intéressé ne se présente pas aux différentes convocations qui lui sont adressées et c' est seulement six mois après le dépistage qu'il est examiné pour la première fois.

L'opacité pulmonaire a un peu augmenté de volume. Elle apparaît sous la forme d'une image inhomogène, plus dense au centre, entourée de plusieurs petites clartés, que les coupes tomographiques situent dans le segment ventral supérieur, avec une petite coulée opaque dans le lobe moyen.

Les autres examens complémentaires s'avèrent infructueux.

La bronchoscopie n'est pas concluante.

La recherche d'une autre localisation néoplasique est négative.

Après de longues hésitations, le malade accepte l'hospitalisation.

L'examen clinique thoracique ainsi que l'examen général sont normaux.

Tout ce bilan négatif conduit à intervenir.

La lobectomie est possible : elle est pratiquée dans de bonnes conditions.

L'examen anatomo pathologique conclut à un épithélioma épidermoïde.

Les suites opératoires sont excellentes, l'expansion du lobe inférieur restant est totale et le cliché donne l'apparence de la normalité.

Ainsi le malade se porte bien pendant cinq ans, après avoir repris une activité normale.

C'est dans la sixième année après le dépistage, que le malade est de nouveau hospitalisé, à la suite de toux avec expectoration hémoptoïque.

L'examen radiotomographique découvre l'existence d'une petite opacité ronde sous claviculaire, contro latérale qui apparaît d'emblée suspecte, malgré une scintigraphie plutôt douteuse.

Cependant, la constatation d'une bacilloscopie, faiblement positive fait espérer qu'il s'agit d'une tuberculose.

Malheureusement, le traitement d'épreuve aussitôt mis en route et continué pendant trois mois n'apporte aucune modification de l'image, au contraire,celle-ci s'étend et s'accompagne de troubles de ventilation, et d'une parésie diaphragmatique.

La biopsie pratiquée après bronchoscopie prouve la nature néoplasique de l'opacité.

L'évolution est dès lors, malheureusement classique et c'est devenu cachectique que le malade s'achemine vers la mort, un an après cette deuxième image pathologique.

En résumé, il s'agit d'un cancer découvert lors d'un dépistage systématique de la Médecine du Travail, dont le traitement précoce a permis une survie de cinq ans.

oOo

- OBSERVATION N° 5 -

Monsieur L... âgé de 71 ans, ancien grand fumeur, ayant cependant abandonné le tabac depuis 10 ans, est atteint depuis longtemps de bronchite itérative à poussées hivernales.

Lors d'un épisode récent, un peu plus violent que de coutume, sa symptomatologie fonctionnelle se corse.

On croît à un épisode banal et l'augmentation radiographique de l'ombre hilaire gauche est mise sur le compte d'une grosse artère pulmonaire.

Devant la cédation incomplète des signes fonctionnels et du fait de la survenue d'une hémoptysie de petite abondance, ce malade nous est adressé dans le service en décembre 1972.

Lors de l'hospitalisation, le tableau clinique est peu caractéristique mais l'examen radiographique pulmonaire, confirmé par les coupes tomographiques, visualise une opacité hilo-péri hilaire gauche importante.

Le diagnostic de mitose pulmonaire paraît des plus probables et on pratique :

1 - une bronchoscopie qui objective à gauche un rétrécissement de la lobaire inférieure dont la muqueuse est épaissie, rouge, granuleuse, hautement suspecte.

La biopsie est difficile du fait d'un saignement constant. La broncho-aspiration donnera la clé du diagnostic : carcinome nécrosé.

2 - Une scintigraphie à la Bléomycine marquée au cobalt va dans le même sens : elle montre une hyper fixation au niveau du hile gauche.

La numération formule sanguine est à peu de chose près, normale. La vitesse de sédimentation est élevée à 58 à la première heure.

L'examen de l'expectoration montre l'absence de B.K. Enfin l'électrocardiogramme met en évidence une fibrillation auriculaire anciennement connue chez ce sujet atteint, par ailleurs, d'artérite discrète des membres inférieurs.

Il est à noter que les différentes investigations à la recherche d'un néoplasme primitif ont été négatives.

L'intervention chirurgicale est décidée, après avis favorable du cardiologue. Elle est pratiquée un mois après l'entrée du malade dans le service.

On réalise une pneumonectomie.

L'examen histologique conclut à un carcinome épidermoïde différencié, mature, sans atteinte des ganglions lymphatiques.

Les suites opératoires sont relativement simples. Une cobaltothérapie post-opératoire de 5000 rad peut être menée à bien; elle est suivie de l'administration d'une monothérapie anti mitotique, actuellement en cours.

Monsieur L... va bien.

Dix mois après l'intervention, l'état général est satisfaisant.

La reprise pondérale se chiffre en trois à quatre kilogs. Seul l'épanchement pleural gauche conduit à l'évacuation périodique, de plus en plus espacée, d'un liquide séro fibrineux...

Il s'agit en somme, d'un cancer pulmonaire chez un homme de 7 1 ans évoluant sous l'aspect d'une poussée d'infection bronchique, fréquente pour ce malade.

oOo

- OBSERVATION N° 6 -

Monsieur R... âgé de 45 ans, nous est adressé par la Médecine du travail pour asthénie fébrile s'accompagnant de douleur thoracique droite irradiant vers l'épaule droite, sans toux ni expectoration.

Ce malade, fumeur depuis de nombreuses années, n'a jamais conculté de médecin depuis 1946.

La radio pulmonaire montre une diminution de la transparence de la région sous claviculaire et axillaire droite, avec quelques nodules apicaux. Sur le profil droit, il existe une opacité triangulaire à la base du segment dorsal du lobe supérieur droit. Cette image n'existe pas sur le cliché de face.

Les tomographies (coupe 6 1/2 - 8, 9 1/2 et 11) montrent une double opacité supra hilaire, l'une très importante, l'autre sous jacente et plus latérale.

La bronchoscopie ne constate aucune anomalie de la paroi bronchique. La fibroscopie révèle dans la subdivision apico-dorsale un éperon épaissi granuleux, hautement suspect.

La biopsie ne ramène aucun élément histologiquement suspect.

La scintigraphie faite au technetium montre une hypo fixation dans le territoire dorsal droit correspondant à l'anomalie radiologique.

Les tubages gastriques ne montrent pas de bacilloscopie positive.

La numération sanguine révèle une augmentation des blancs.

La vitesse de sédimentation est légèrement accélérée. L'exploration fonctionnelle respiratoire est normale pour la spirographie et montre une hypoxie dans l'étude des gaz du sang.

Quelques semaines plus tard, le cliché pulmonaire standard ne montre pas d'augmentation de l'opacité. L'examen clinique thoracique est normal. Le reste de l'examen général n'apporte rien de particulier. On ne retrouve pas de localisation néoplasique primitive.

Ce tableau est suffisamment évocateur pour que l'on décide une thoracotomie.

L'intervention découvre une lésion tumorale envahissant la veine cave, le péricarde et l'artère pulmonaire dès son origine.

Une lobectomie supérieure droite partielle est pratiquée.

L'examen histologique conclut à un carcinome peu différencié avec extension péricardique confirmée par l'examen extemporané.

Les suites opératoires sont simples : le malade reçoit une radiothérapie complémentaire à sa cure chirurgicale, soit 6000 rads tumeur de cobalt.

La surveillance du malade faite par plusieurs clichés pulmonaires semble montrer une amélioration de son état.

Cinq mois plus tard, une scintigraphie hépatique conclut à une métastase du parenchyme hépatique.

Le malade décède dix mois après le dépistage et neuf mois après l'intervention.

Il s'agit d'un cancer découvert chez un homme de 45 ans, évoluant sous l'aspect d'une pneumopathie fébrile radiologiquement caractérisée.

oOo

- OBSERVATION N° 7 -

Monsieur E... âgé de 62 ans, serrurier, grand fumeur (25 cigarettes par jour) ayant perdu le goût du tabac depuis quelques mois, nous est adressé à la suite d'un examen systématique annuel au cours duquel a été découverte une opacité importante des trois quarts du poumon droit, paraissent respecter la base et d'atténuant vers le quart supérieur.

Lors d'un épisode fébrile à 39, le malade a présenté une toux et une expectoration hémoptoïque, s'accompagnant de douleurs de l'épaule droite. Ces petites hémoptysies n'étaient d'ailleurs pas les premières en date.

Dix jours plus tard, un nouveau cliché pulmonaire montre, de face, une grisaille homogène de tonalité optique faible avec une zone plus dense à distance du hile, en extension par rapport à l'image précédente.

Le profil droit fait apparaître cette opacité sous forme d'une image fusiforme, dense, surplombant la scissure.

Les tomographies n'apportent rien d'autre.

La bronchoscopie montre une paroi bronchique lobaire supérieure droite suspecte mais la biopsie est histologiquement négative.

La numération formule sanguine est normale.

La vitesse de sédimentation n'est pas accélérée.

Les examens pratiqués à la recherche d'un cancer primitif sont négatifs.

L'examen de l'expectoration montre l'absence de B.K.

Un mois d'antibiothérapie, à titre de traitement d'épreuve, n'apporte pas de régression de l'image pulmonaire.

Une nouvelle bronchoscopie objective une sténose extrinséque de la bronche lobaire supérieure droite sans apparition de bourgeon.

Devant tous ces éléments, on décide de pratiquer une thoracotomie qui découvre une infiltration néoplasique autour du pédicule de la bronche lobaire supérieure avec envahissement du pied de la trachée et du segment bronchique intermédiaire.

On pratique une pneumonectomie avec curage ganglionnaire, médiastinal, inter trachéobronchique.

L'histologie met en évidence un carcinome épidermoïde.

Les suites opératoires sont simples. Le malade est envoyé en maison de repos.

Six mois après, surviennent des douleurs dorsales et une hémoptysie.

L'état général s'altère progressivement et le malade meurt deux ans environ après le dépistage.

Au total, ce cancer prend l'aspect d'une pneumopathie aiguë, fébrile, cliniquement et radiologiquement caractérisé dont on suspecte la malignité devant l'échec de l'antibiothérapie d'épreuve.

- OBSERVATION N° 8 -

Monsieur C... il s'agit d'un homme de 61 ans, grand fumeur, ayant présenté en décembre 1972 un "état grippal" avec fièvre, toux et expectotation, qui a guéri sous antibiotique, après une dizaine de jours de traitement.

Il n'a pas été suivi d'examen radiographique.

C'est seulement deux mois plus tard que cette investigation est pratiquée dans le cadre d'un examen systématique annuel.

On découvre alors, une volumineuse opacité hilo-juxta hilaire droite sur le cliché pulmonaire de face, avec envahissement du lobe inférieur et supérieur, objectivé sur le cliché de profil. Cette opacité se retrouve sur les coupes 7 et 9 cms formant une image escavée et infractueuse.

L'examen clinique "thoracique" est pauvre : tout au plus trouve-t-on quelques rales bronchiques diffus dans l'hémithorax droit. Le reste de l'examen général à la recherche d un néo primitif possible, n'apporte aucun élément particulier.

On note seulement un angiome de la lèvre supérieure probablement congénital : des antécédents, on retient une prostatectomie pratiquée en 1969 pour une affection semble-t-il bénigne.

Le tableau clinique impose d'emblée la bronchoscopie devant la découverte de tous ces éléments cliniques.

Elle montre le tronc intermédiaire, infiltré dès son origine par une formation granitée qui s'étale et obstrue complètement la bronche de Nelson.

L'examen histologique de la biopsie affirme le diagnostic : c'est un carcinome épidermoïde différencié mature, s'enfonçant profondément dans la paroi bronchique.

La scintigraphie à l'acétate de mercure montre une hyperfixation parahilaire droite évoquant un processus malin.

L'intervention chirurgicale s'impose d'emblée mais est différée d'un mois sur la demande du malade pour des raisons professionnelles.

Une nouvelle série de clichés est pratiquée dans cet intervalle. Ils montrent une extension importante de l'opacité radiologique primitivement constatée.

La thoracotomie pratiquée en avril 1973 (2 mois 1/2 après le dépistage) découvre une masse tumorale envahissant le lobe supérieur et le lobe inférieur droit avec des adénopathies hilaires et médiastinales.

Cette lésion impose au chirurgien une pneumonectomie droite.

L'histologie de la pièce confirme l'aspect tumoral et conclut à un carcinome épidermoïde différencié et par endroits très mature, envahissant la totalité des divisions bronchiques, tout le Nelson ainsi que la portion proximale des différents segments de la pyramide basale.

Les suites opératoires sont au départ simples, mais malheureusement vers le 15e jour survient d'abord une première puis une deuxième em-

bolies pulmonaires qu'on jugule, mais une troisième est fatale.

En somme, sous le masque d'une pneumopathie aiguë, allure grippale ce cancer évolue rapidement vers la mort en cinq mois.

oOo

- OBSERVATION N° 9 -

Madame R... âgée de 68 ans, traitée pour une sinusite chronique, nous est envoyée par son médecin pour un contrôle radiographique des poumons.

Le cliché standard montre une opacité sous claviculaire droite à contour assez arrondi.

Les tomographies situent cette image dans le segment postérieur du lobe supérieur.

L'examen thoracique est cliniquement normal, ainsi que l'examen général.

L'exploration fonctionnelle respiratoire conclut à un tracé de type restrictif modérément troublé.

La numération formule sanguine et la vitesse de sédimentation ne montrent aucun signe pathologique.

Les bacilloscopies sont négatives.

La bronchoscopie ne décèle aucun aspect suspect.

La scintigraphie au mercure ne montre pas d'hyper fixation significative en rapport avec l'image pulmonaire.

L'examen clinique et les examens complémentaires à la recherche d'une néoplasie primitive sont négatifs.

Le diagnostic reste donc hésitant et celui de tuberculose est le plus envisagé sans qu'il puisse être prouvé.

A la suite d'un épisode grippal que la malade attribue à une poussée d'infection sinusienne, on pratique un nouveau bilan radio tomographique du poumon.

Il visualise pour la première fois, une très nette augmentation de l'opacité entièrement connue.

Dès lors, la décision chirurgicale est prise.

L'intervention permet de pratiquer une lobectomie supérieure droite.

L'histologie apporte la preuve de sa nature néoplasique en révélant qu'il s'agit d'un adéno carcinome.

Les suites opératoires sont simples. La malade se remet parfaitement bien de l'intervention et mène une vie normale pendant cinq ans.

C'est au bout de ce temps que l'on voit apparaître dans le champ droit, une deuxième opacité qui va progressivement augmenter pour envahir une grande partie de la région axillaire droite.

On peut dès maintenant se demander s'il existe un certain degré de lymphangite carcinomateuse.

Les tomographies précisent l'image et la localisent mieux.

L'examen clinique est négatif. On pratique dès lors les examens complémentaires habituels.

La bronchoscopie qui ne montre rien d'anormal mais permet une aspiration qui s'évère d'ailleurs négative.

Il en est de même de la scintigraphie au mercure. Par contre, l'examen de l'expectoration montre à deux reprises des cellules suspectes : classe P3.

L'intervention chirurgicale est récusée d'une part du fait de l'existence possible d'une lymphangite carcinomateuse, d'autre part d'une hépatomégalie modérée que nous avons eu raison de considérer comme suspecte. En effet, la scintigraphie hépatique montre une image multi-lacunaire : expression d'une localisation mitotique. Le malade est mis à la chimiothérapie comportant Endoxan et Velbé, d'ailleurs médiocrement tolérée.

L'état général s'aggrave progressivement, le manque d'appétit est total. On note une fièvre vespérale avec toux et expectorations, et c'est progressivement que la malade s'achemine vers la mort qui survient 6 ans après le dépistage.

Au total, il s'agit d'un cancer découvert avec difficultés et traité chirurgicalement qui a permis une vie normale pour la malade de cinq ans.

oOo

- OBSERVATION N° 10 -

Monsieur D... Louis, ajusteur, âgé de 61 ans, présentant depuis quinze jours une asthénie importante avec anorexie et amaigrissement, se voit découvrir à la radio pulmonaire, une opacité ronde, latéro-hilaire externe gauche, associée à une image floue de la base.

Les coupes tomographiques confirment et localisent cette opacité ronde dans la partie postérieure du lobe supérieur et révèle l'existence d'une seconde petite opacité sous jacente.

L'examen thoracique et général sont banals.

La bronchoscopie faite un mois plus tard, est normale.

L'aspiration ne ramène pas de cellules histologiquement suspectes.

La numération formule, normale pour les rouges, montre une augmentation légère des blancs (9000). La vitesse de sédimentation est un peu élevée (37 à la première heure).

On retiendra aussi des antécédents, une grippe sévère, un mois avant le dépistage.

Notre attention a été attirée par une discrète anomalie de la région malade sur un microfilm, datant de quelques mois.

On doit dire, à la vérité, qu'il est plus facile de la remarquer a postériori.

Les examens à la recherche d'un néoplasme primitif sont négatifs.

Par ailleurs, les tests tuberculiniques sont positifs; l'expectoration ne montre pas de B.K. à l'examen direct. Elle restera stérile à la culture.

Devant l'absence de diagnostic et dans le doute, on met ce malade au traitement antituberculeux d'épreuve durant six semaines. Il échouera. C'est alors que l'on décide de pratiquer une thoracotomie exploratrice.

On découvre à l'intervention une tumeur de la taille d'une cerise lésant le bord supérieur gauche, près du bord scissural et un ganglion très gros dans le médiastin postérieur, derrière l'artère pulmonaire, et on décide une réssection économique de cette masse.

L'histologie conclut à un adénome adénocarcinome bronchique avec métastase ganglionnaire.

Les suites opératoires sont simples. Le malade ne reçoit aucun traitement particulier après l'intervention. On le surveille par des examens radiologiques.

Neuf mois plus tard, la radio révèle une petite opacité de la taille d'un pois, dans la région médio pariétale moyenne gauche.

Les tomographies pratiquées le même jour, confirment son existence sur les coupes postérieures 6 cms 1/2 notamment.

Simultanément, l'examen clinique met en évidence les troubles neuropsychiques faits d'apathie et d'hémiparésie droite de la face et du membre supérieur.

L'électroencéphalogramme et la gamma encéphalographie mettent en évidence un foyer rolandique gauche et droit.

Ce malade est mis aux corticoïdes et à la chimiothérapie simple, qui fait entrevoir une amélioration notable de l'état neurologique.

Elle n'en sera, hélas que brève, et Monsieur D... mourra, un an après le dépistage de son cancer.

Ce cancer, découvert à l'occasion d'une altération de l'état général de ce malade, traité rapidement, évolue vers une métastase pulmonaire et cérébrale après 9 mois de guérison apparente, cliniquement.

oOo

- OBSERVATION N° 11 -

Monsieur P... âgé de 52 ans, est hospitalisé pour hémoptisie et modification de son image pulmonaire antérieurement connue. En effet, il y a un an, ce malade a présenté une volumineuse image excavée du sommet droit associée à un foyer peu homogène de la région moyenne du champ pulmonaire droit, s'accompagnant d'une bacilloscopie positive, rechute d'une tuberculose ancienne.

Traité pendant 10 mois, par trois antibiotiques spécifiques, la bacillose évolue favorablement. La caverne prend un aspect bulleux, mais on voit apparaître dans la région latéro hilaire droite, une opacité ronde qui grossit comme en témoignent les radiographies pulmonaires successives rapprochées.

Le diagnostic de néoplasie est d'emblée envisagé.

La bronchoscopie découvre un épaississement rouge, mamelonné, tumoral de la muqueuse bronchique, à la partie terminale de la bronche intermédiaire.

Cet épaississement se poursuit sur l'éperon lobaire moyen, très élargi. On ne peut voir l'orifice de la bronche de Nelson, en raison de l'épaississement tissulaire de la bronche lobaire dès son origine. La biopsie pratiquée sur l'épaississement muqueux montre qu'il s'agit d'un épithélioma épidermoïde peu différencié.

La bronchoscho-aspiration ramène des cellules : classe P4.

La scintigraphie au mercure révèle une hyper fixation de la région sus et rétro hilaire droite. L'examen thoracique est normal cliniquement.

L'examen général n'apporte pas d'élément particulier.

La vitesse de sédimentation est légèrement augmentée (60 à la première heure).

L'hémogramme est normal.

L'intervention chirurgicale est décidée dès lors. Elle découvre une masse néoplasique siégeant dans le lobe supérieur droit et une grosse masse ganglionnaire calcifiée dans la bifurcation trachéale.

On r éalise une pneumonectomie élargie avec curage ganglionnaire du médiastin.

L'histologie confirme le caractère malin de la lésion et conclut à un carcinome anaplasique à cellules fusiformes et à petites cellules, très infiltrant. Les ganglions prélevés sont infiltrés par la prolifération carcinomateuse. Après des suites opératoires sans problème, le malade reçoit une monochimiothérapie sous forme d'Endoxan.

L'évolution est malheureusement défavorable et le malade succombe cinq mois après l'intervention, dans un tableau de détérioration générale et respiratoire.

Il s'agit en somme d'un malade chez qui, au cours d'une tuberculose sévère et étendue, on voit survenir un néoplasme pulmonaire : fait moins rare qu'on ne le pensait autrefois.

oOo

CONCLUSIONS

Arrivés au terme de notre travail, nous pouvons faire la synthèse suivante :

Nous rapportons onze cas de cancer broncho-pulmonaire qui éclairent les données que nous avons développées dans notre introduction.

- Quatre d'entre eux ont été cliniquement silencieux puisqu'ils n'ont été découverts qu'à l'occasion d'examens systématiques de dépistage (observations n° 1,2,3,4).

- l'un d'eux a évolué sous la forme d'une poussée d'infection bronchique banale à laquelle le malade bronchopathe chronique était habitué (observation n° 5).

- Trois d'entre eux ont pris l'allure d'une pneumopathie fébrile radiologiquement franchement caractérisée que l'on aurait pu croire bénigne (observations n° 6, 7 et 8.)

- deux présentaient des images antérieurement connues (observations n° 9 et 10).

- une dernière, enfin a vu le processus mitotique s'installer au décours de l'évolution d'une tuberculose bacillifère excavée sévère (observation n° 11).

Il nous faut encore ajouter pour terminer, que rien ni le mode de début apparent, ni l'allure clinique ni l'aspect radiologique ou bronchoscopique, voire même histologique ne nous ont permis de dégager des éléments permettant de prévoir le devenir de ces malades.

oOo

TABLE DES MATIERES

	Pages
- Introduction :	1
- Observations :	3
- Conclusion :	31

Vu, le Président de thèse

Monsieur le Professeur BROUET

Vu, le Doyen de la Faculté
CRETEIL
Monsieur le Professeur RAPIN

Vu et Permis d'Imprimer
le Recteur de l'Académie de Paris

R. MALLET